

De consultatie-liaisonpsychiatrie in de Belgische ziekenhuizen van de eenentwintigste eeuw: quo vadis?

D. PEETERS^{1, 10}, F. VAN DEN EEDE^{2, 10, 11}, P.-J. GEERTS^{3, 10}, J. DE BIE^{4, 10}, I. MESTDAGH^{2, 10}, H. SCHRUIERS^{5, 10}, I. NIJS^{6, 10}, J. VANDENBERGHE^{7, 10}, G. LEMMENS^{8, 10}, P. SNOECK^{9, 10}

Samenvatting

In een tijd waarin de geneeskunde zich uitsplitst in een groeiend aantal specialismen, subspecialismen en superspecialismen is er in de algemene en de universitaire ziekenhuizen een toenevende nood aan multidisciplinaire samenwerking. Deze vorm van samenwerking is nodig om hoogstaande holistische zorg te blijven verlenen aan de patiënt als centrale figuur in het zorgproces. De technologische mogelijkheden in de geneeskundige zorg nemen toe, maar er is een belangrijke comorbiditeit tussen de medische aandoeningen. De consultatie-liaisonpsychiatrie (CLP) is een van de disciplines die hierop inspeelt. Deze discipline focust vanuit een multidisciplinaire en integrale zorgvisie op de psychiatrische diagnostiek en behandeling van patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit die hiervoor behandeld en opgevolgd worden in een algemeen ziekenhuis. Dit artikel wil een overzicht geven van de functies van de CLP zowel binnen als buiten het ziekenhuis en licht het historische en huidige Belgische beleid en de wetgeving ter zake toe. Er worden ook aanbevelingen geformuleerd voor de toekomst en men pleit voor de implementatie van de CLP als een volwaardige en structurele klinische activiteit en opdracht in de algemene ziekenhuizen.

Inleiding

De consultatie-liaisonpsychiatrie (CLP) omvat de psychiatrische diagnostiek en behandeling van patiënten met psychiatrische en somatische comorbiditeit die hiervoor behandeld en opgevolgd worden in een algemeen ziekenhuis. Een psychiatrische comorbiditeit bij een somatische aandoening is immers eerder de norm dan de uitzondering (1). Ongeveer een derde tot de helft van de opgenomen patiënten met een somatische aandoening vertonen psychiatrische klachten (2). Onder meer patiënten met diabetes, nierlijden, hartlijden, de ziekte van Parkinson of een maligniteit hebben meer kans om een depressie of een angststoornis te ontwikkelen. Psychiatrische symptomen kunnen ook worden uitgelokt door een medicamenteuze behandeling. Zo kan een behandeling met interferon of chemotherapie aanleiding geven tot een depressieve stoornis of kunnen anticholinerge bijwerkingen cognitieve problemen induceren. Psychiatrische patiënten zijn op hun beurt ook meer lichamelijk ziek

- ¹ Liaisonpsychiatrie, D-dienst, AZ Sint-Jozef Malle.
- ² Dienst psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen (UZA), Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI) en faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, Universiteit Antwerpen.
- ³ Liaisonpsychiatrie, dienst psychiatrie, AZ Groeninge Kortrijk.
- ⁴ Liaisonpsychiatrie, dienst psychiatrie, Ziekenhuizen Oost-Limburg Genk.
- ⁵ Liaisonpsychiatrie, dienst psychiatrie, Jessa Ziekenhuis Hasselt.
- ⁶ Liaisonpsychiatrie, dienst psychiatrie, AZ Sint Maarten Mechelen.
- ⁷ Liaisonpsychiatrie, Universitair Psychiatrisch Centrum (UPC) en faculteit geneeskunde KU Leuven.
- ⁸ Centrum voor consultatieve en liaisonpsychiatrie, dienst psychiatrie, UZ Gent en faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, universiteit Gent.
- ⁹ Liaisonpsychiatrie, A-dienst, AZ Delta Roeselare.
- ¹⁰ Sectie consultatie-liaisonpsychiatrie, Vlaamse vereniging voor Psychiatrie.
- ¹¹ Correspondentieadres: prof. dr. F. Van Den Eede, dienst psychiatrie, Universitair Ziekenhuis Antwerpen, Wilrijkstraat 10, 2650 Edegem; e-mail: filip.van.den.eede@uza.be

(bv. metabool syndroom bij schizofrenie of keelkanker bij alcoholverslaafden), liggen vaak langer in het ziekenhuis en sterven minstens tien jaar vroeger dan de gemiddelde burger (3).

Doorgaans kan men stellen dat een psychiatrische comorbiditeit de prognose van een somatische aandoening en de levenskwaliteit van de patiënt sterk doet afnemen en de medische kosten fors de hoogte injaagt (4). Daarenboven komen medisch onverklaarde aandoeningen meer voor op somatische ziekenhuisafdelingen en gaan deze gepaard met hoge ziektekosten en een gebrek aan een kwalitatieve therapeutische aanpak (5).

Hier kan de CLP een antwoord bieden omdat ze de totale patiënt in beschouwing neemt, met de gezondheid als medische ingangspoort naar diens lichamelijke en mentale welzijn. Dit sluit aan bij de directe noden van de patiënt. Het cartesisaanse dualisme tussen lichaam en geest is volledig voorbijgestreefd. De opsplitsing „psyche” en „soma” gaat niet meer op, want beide zijn in interactie. Er is dus nood aan de implementatie van een multidisciplinair, integratief en holistisch zorgkader, dat gebaseerd is op het biopsychosociale model in de geneeskunde.

Vanuit internationaal perspectief zijn er verschillende organisatievormen van de liaisonpsychiatrische zorg in het algemeen ziekenhuis. Men moet hierbij een onderscheid maken tussen de consultatieve en de liaisonpsychiatrische activiteiten. De consultatieve activiteiten omvatten het ad hoc geven van adviezen door een psychiater aan patiënten die in het algemeen ziekenhuis verblijven of op de raadpleging komen. Bij de liaisonpsychiatrische activiteiten gaat het eerder om de meer gesystematiseerde samenwerking tussen de orgaanspecialist en de psychiater binnen de multidisciplinaire teams en binnen de verschillende disciplines zoals onder andere in de pijnklinieken en fertiliteitscentra (6, 7). Internationaal wordt steeds meer gepleit voor een integratief tot collaboratief model waarbij het behandelteam rond de patiënt bestaat uit somatische en psychiatrische hulpverleners (8). Er moeten in de organisatie hiervan nog verschillende barrières worden overwonnen, zoals ook blijkt uit een recente studie naar de werking van de CLP in elf algemene ziekenhuizen in Engeland (9).

Dit artikel beschrijft de inhoud en de verschillende functies van de consultatie-liaisonpsychiater en licht de Belgische situatie toe. Daarnaast stelt het een toepasbaar model voor CLP voor en worden er concrete aanbevelingen geformuleerd voor de klinische praktijk en het zorgbeleid.

De opdracht en de functie van het CLP-team

De consultatie-liaisonpsychiatrie is een subspecialisme in de psychiatrie dat zich specifiek richt op de interactie tussen „soma” en „psyche” en op de diagnostische en therapeutische aspecten en implicaties van de somatische en psychiatrische comorbiditeit in het algemeen ziekenhuis (10). Het „*Handbook of consultation-liaison psychiatry*” onderscheidt de verschillende functies van het CLP-team (11). Zo verwacht men van de psychiater dat hij de coördinator, de leider en de bezieler is van dit team in het algemeen of universitair ziekenhuis. Het CLP-team neemt hierbij klinische, educatieve, administratieve, wetenschappelijke en preventieve taken op.

Klinische functie en opdracht

De consultatieve werking van de CLP beoogt een integrale benadering. Het klinische werk van de consultatie-liaisonpsychiater stoelt op het goed gekende biopsychosociale model. De psychiater onderzoekt binnen de consultatieve werking op grondige wijze de huidige opname inclusief de voorgeschiedenis en verricht ook een klinisch-psychiatrisch onderzoek, waarvan de bevindingen uitgebreid in een dossier worden gedocumenteerd. Het doel hiervan is om te komen tot een eventuele probleemanalyse en om een eenduidig advies te geven aan de patiënt, de verwijzer, het paramedisch team en de huisarts. De consultatie-liaisonpsychiater heeft tevens de belangrijke taak om patiënten te adviseren over een ambulant traject of een opname – zeker gezien de huidige versnippering in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in Vlaanderen – en hen hiervoor eventueel door te verwijzen. De meest frequente psychiatrische stoornissen bij volwassenen waarvoor een psychiatrische consultatie plaatsvindt in een algemeen ziekenhuis zijn neurocognitieve stoornissen, aanpassingsstoornissen, middelengereleerde stoornissen en depressieve stoornissen (12).

Gezien de biopsychosociale dimensie van de CLP, wordt de deskundigheid van de consultatie-liaisonpsychiater ingeroepen bij vraagstukken die op het grensgebied liggen tussen „psyche” en „soma”. Ethische of deontologische vragen komen eveneens frequent aan bod, zoals euthanasievragen, weigering van behandeling, beslissen voor een ander, pijnbehandling, verslaving, zelfverwaarlozing, perinatale moeilijkheden door risicogedrag.

De liaisonpsychiatrische invulling is vaak ook aanwezig binnen heel wat multidisciplinaire samenwerkingsverbanden. Voorbeelden zijn de pijnpolikliniek, de geheugenpolikliniek, de polikliniek bewegingsstoornissen en de multidisciplinaire diabeteszorg. In sommige zorgtrajecten gebeurt er systematisch een screening naar psychopathologie, en wordt zo nodig een psychiatrisch advies aangevraagd, zoals het geval is bij de zorg voor tinnituspatiënten of in het kader van de oppuntstelling voor transplantaties, bariatrische heelkunde, epilepsiechirurgie en invasieve neuromodulatie.

De functionele stoornissen zijn een specifiek domein voor de CLP. Op de polikliniek voor functionele stoornissen worden patiënten met onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en symptomen of met functionele stoornissen zoals fibromyalgie, het chronischvermoeidheidssyndroom en het prikkelbare-darmsyndroom behandeld. Deze aandoeningen gaan gepaard met een hoge psychiatrische comorbiditeit. In dergelijke poliklinieken is de psychiater meestal betrokken in de directe patiëntenzorg. De multidisciplinaire diagnostiek van deze aandoeningen wordt steeds vaker gestroomlijnd in diagnostische centra waar alle beoordelingen en aanvullende onderzoeken in één dag of dagdeel kunnen gebeuren.

De aandoening mag overigens niet alleen worden benaderd vanuit de somatische problematiek, maar ook in functie van de specifieke psychopathologische noden van patiëntengroepen, zoals het geval is bij patiënten met schizofrenie (13). In tekstboeken en praktijkboeken over psychosomatische geneeskunde en CLP wordt er bijgevolg zowel een deel voorzien met hoofdstukken vanuit het perspectief van de somatische pathologie en als een deel met hoofdstukken vanuit het perspectief van de psychopathologie (14, 15).

Tot slot kan men de bijdrage aan de zorg ook bekijken in een breder perspectief. Daar waar de geneeskunde vroeger vaak louter het curatieve spoor bewandelde, is er de laatste decennia almaar meer aandacht voor preventie en screening. Van de CLP wordt eveneens verwacht hierin initiatieven te nemen. Een voorbeeld zijn de discussies op het niveau van de ziekenhuisdirectie rond het gebruik en de verkoop van alcohol en/of tabak in het ziekenhuis. De zorgpaden alcohol die tot stand kwamen in samenwerking met het Vlaams expertisecentrum alcohol en andere drugs (VAD) zijn gericht op de screening, de vroegtijdige detectie en de educatie van patiënten opgenomen in de deelnemende ziekenhuizen (16).

Educatieve functie en opdracht

De psychiaters werkzaam op de medische diensten van ziekenhuizen zullen patiënten, familie en relevante derden, alsook personeel, collega's en medewerkers, zo nodig instellingsbreed, leren hoe ze psychiatrische klachten kunnen herkennen en detecteren en hoe ze moeten omgaan met patiënten met psychiatrische aandoeningen en/of complexe medische klachten die niet eenduidig kunnen worden verklaard of behandeld. Het verbeteren van de copingvaardigheden van de patiënt en diens omgeving krijgt hierbij speciale aandacht. Zo leert de psychiater omgangsvormen aan om in te spelen op de psychologische noden van zieke mensen, leert hij patiënten en personeel omgaan met psychische klachten en hoe ze kennis kunnen delen over psychiatrische klachten en psychotrope medicatie. Hij zal ook protocollen ontwikkelen om onmiddellijk te kunnen tegemoetkomen aan de directe psychiatrische noden en waar nodig consensus zoeken tussen alle gezondheidsactoren. Dit laat toe het zorgsysteem rond de patiënt te versterken in afwachting van voldoende herstel of genezing (fig. 1).

In Vlaanderen bieden verschillende psychiatrische diensten binnen de masteropleiding geneeskunde en de specialisatieopleiding psychiatrie en huisartsgeneeskunde stage- en opleidingsplaatsen aan die specifiek gericht zijn op CLP. Wettelijk is er geen verplichting om een stage CLP te voorzien tijdens de opleiding volwassenpsychiatrie (17, 18). In de praktijk echter wordt het vaak aangeboden als een module in het stageplan binnen de opleiding tot arts-specialist in de psychiatrie. De „European association psychosomatic medicine” (EAPM) publiceerde concrete richtlijnen en aanbevelingen met betrekking tot het profiel, de competenties en de opleiding van een consultatie-liaisonpsychiater (19, 20). In de Verenigde staten is CLP (aanvankelijk onder de benaming „psychosomatic medicine”) al sinds 2001 formeel erkend als een subspecialisme van de psychiatrie. Het tekstboek van Levenson vormt hierbij de basisleerstof (14).

Administratieve en beleidsmatige functies en opdrachten

De psychiater zorgt ervoor dat het somatisch behandelteam een correct schriftelijke verslag ontvangt met zijn bevindingen en voorstel tot behandeling. Hij beheert de registratie en de opvang van suïcidepogers,

complexe euthanasieaanvragen, gedwongen procedures en dringende psychiatrische opvang van minderjarigen en volwassenen. Vaak zijn de psychiaters dan ook op organisatieniveau actief, als diensthoofd, als medisch directeur, als lid van de medische raad, als lid van een adviesorgaan of van het comité voor medische ethiek (fig. 1).

Wetenschappelijke functie en opdracht

De wetenschappelijke basisdisciplines van de CLP zijn de psychiatrie, de psychosomatische geneeskunde, de medische psychologie en de psychofysiologie. Nochtans zijn ook andere domeinen van de geneeskunde erg belangrijk binnen dit werkveld, zoals de medische ethiek en deontologie en de psychotherapie. Consultatie-liaisonpsychiaters zijn de eigenaars van de kennis over de somatisch-psychiatrische comorbiditeit en zullen er vaak onderzoek rond doen. Ze geven er ook voordrachten en lessen over. In Vlaanderen is de liaisonpsychiatrie vertegenwoordigd in de sectie Consultatie-liaisonpsychiatrie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP). Er werden ook multidisciplinaire verenigingen opgericht, zoals de „Society for psychosomatic medicine” in Vlaanderen en Nederland en de „European association of

psychosomatic medicine” op Europees niveau (met als geaffilieerd wetenschappelijk tijdschrift *The Journal of Psychosomatic Research*). De respectieve Amerikaanse verenigingen zijn de „Academy of consultation-liaison psychiatry” (met als tijdschrift *Psychosomatics*) en de „American psychosomatic society” (met als tijdschrift *Psychosomatic Medicine*). Op internationaal niveau richtte men het „International college of psychosomatic medicine” op (met als tijdschrift *Psychotherapy and Psychosomatics*). Deze verenigingen organiseren jaarlijks of tweejaarlijks een congres. Het wetenschappelijke onderzoek in het domein van de psychosomatische geneeskunde is het laatste decennium in opmars. Ook meer gespecialiseerde tijdschriften in bepaalde domeinen zagen het licht, zoals *Psycho-Oncology*.

Onderzoek naar de doeltreffendheid van CLP

Er zijn aanwijzingen dat CLP een gunstige impact heeft op het zorgbeleid en de doeltreffendheid van de diagnostische procedures en ziekenhuisopnames verhoogt (21, 22). Het systematisch literatuuroverzicht van Wood en Wand uit 2014 vat het wetenschappelijk bewijs en het onderzoek naar de doeltreffendheid van de CLP samen (23). Hieruit blijkt dat er duidelijke

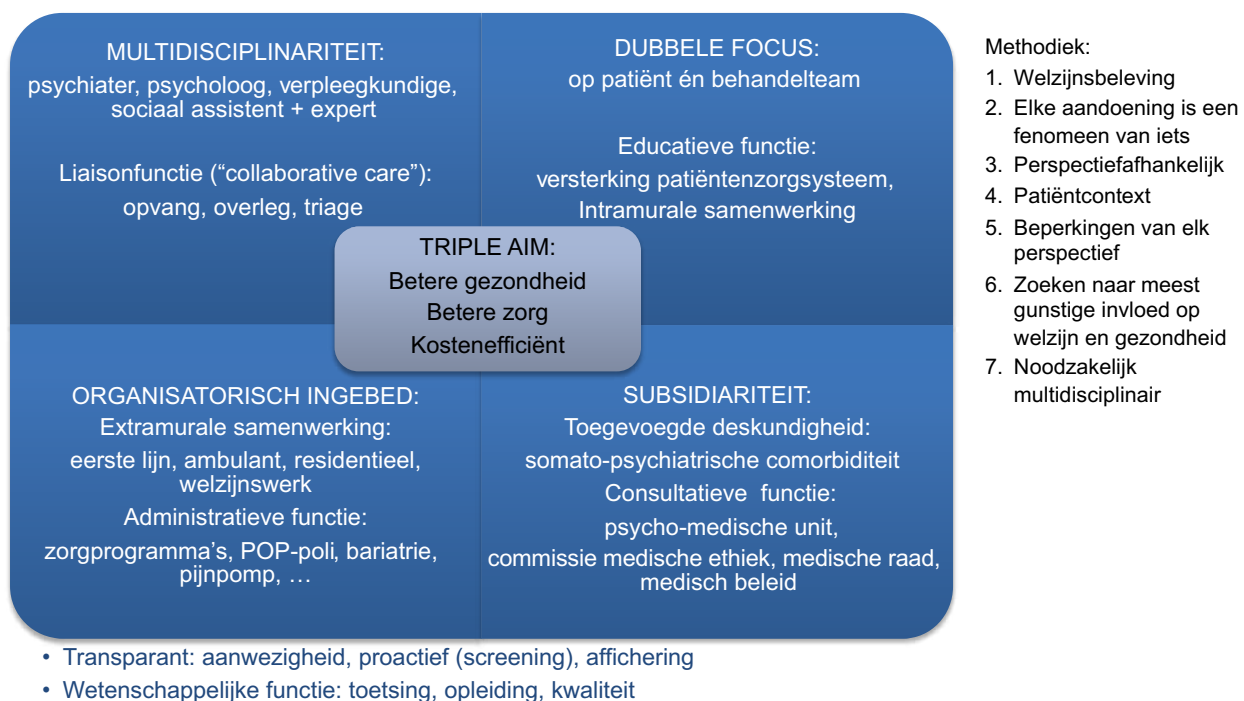


Fig. 1: Consultatie- en liaisonpsychiatrie 2.1., versie 21e eeuw.

aanwijzingen zijn dat de CLP kosteneffectief is en dat de consultatie-liaisonpsychiatrische werking de opnameduur reduceert op voorwaarde dat het CLP-team vroeg wordt ingeschakeld en de adviezen daadwerkelijk worden opgevolgd. De methodologische tekortkomingen van tal van gevonden studies benadrukten echter de noodzaak om verder onderzoek te verrichten naar klinische uitkomstmaten en naar de tevredenheid van patiënten en doorverwijzers.

In de daaropvolgende periode toonde wetenschappelijk onderzoek een verband aan tussen de snelheid van de aanvraag voor CLP en de opnameduur, ook na correctie voor de ernst van de somatische comorbiditeit (24). Een recent systematisch overzichtsartikel van Oldham et al. bevestigt het verband met de opnameduur en wijst op het belang van een proactieve CLP, een systematische screening naar psychopathologie en een geïntegreerde zorg (25).

Er worden bij voorkeur meer specifieke uitkomstmaten gebruikt die de kwaliteit van de zorg en de verbetering op psychopathologisch vlak nagaan. Guthrie et al. rapporteerden in dit verband de resultaten van het psychometrisch onderzoek van een nieuw instrument om de klinische uitkomst te meten (26). Deze nieuwe uitkomstmaat is veelbelovend, maar verder onderzoek is nodig om het instrument te verbeteren, zeker wat de „mind-bodysubscalaal” (somatisatie) betreft. Onderzoek naar het effect van de behandelinterventies zou zich tot slot ook meer moeten richten op specifieke doelgroepen en daarbij focussen op zorgcontext (bv. delirium tijdens een verblijf op de afdeling intensieve zorgen), op zorgpaden (bv. perinataal zorgtraject) en op leeftijd (aandacht voor ouderen én jongeren).

Het Belgische beleid

Een goede consultatie-liaisonpsychiatrische werking in een ziekenhuis is niet mogelijk zonder financiële ondersteuning. Rond 1995 werd in België een nomenclatuur toegekend aan de psychiatrisch consultatie in het algemeen ziekenhuis, nl. 599443 voor het eerste consult bij een opname en 599465 voor opvolgconsulten, hoogstens een per week. Deze consultaties moeten worden voorgeschreven door de arts die de patiënt onder toezicht heeft.

De consulten aan bed zijn tijdrovend en complex. Het gevolg van de huidige nomenclatuur is dat in de praktijk psychiaters CLP vaak als een nevenactiviteit uitoefenen in het kader van de dienstverlening aan

somatische diensten. De CLP is nochtans een volwaardige en noodzakelijke klinische opdracht in een algemeen ziekenhuis. Sommige gevallen vragen bovendien frequente consulten (meer dan een per week), zoals bij een delirium. Specifieke opdrachten zoals een euthanasiegesprek of het regelen van een gedwongen opname nemen daarenboven meer tijd in beslag dan consulten voor andere indicaties.

Er was dus een grote nood aan een multidisciplinair CLP-team bestaande uit verschillende hulpverleners. Onder de impuls en het voorzitterschap van de Luikse professor dokter I. Pelc werd in het advies van de nationale raad (nu federale raad) voor ziekenhuisvoorzieningen (NRZV/FRZV) van 11 juni 1998 en het aanvullende advies op 6 maart 2002 voorgesteld om in de algemene en universitaire ziekenhuizen te starten met liaisonpsychiatrische teams (27). Dit voorstel concretiseert de basisprincipes van CLP, namelijk:

- het opzetten en integreren van de liaisonpsychiatrie in de somatische zorgprogramma's in het algemeen ziekenhuis (zowel voor geplande als voor dringende hospitalisaties);
- het noodzakelijke functionele samenwerkingsverband tussen het algemeen ziekenhuis enerzijds en de actoren in de geestelijke gezondheidszorg anderzijds, zoals de psychiatrische afdelingen van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG);
- het interdisciplinaire karakter van de opdracht en de samenstelling van de equipe die hiervoor vereist is;
- de noodzaak om de liaisonopdracht te richten op zowel de patiënt en zijn context als op de adviesverlening aan de bij de zorg betrokken hulpverleners en professionelen;
- de noodzaak om de opdracht van de liaisonpsychiatrie verder uit te breiden naar specifieke multidisciplinaire poliklinische consultaties gericht op somatische problemen met psychiatrische componenten;
- de noodzaak om de liaisonopdracht te richten op zowel het opstellen van een plan voor vervolgzorg en het daartoe motiveren van de patiënt als op de ondersteuning van de behandelende huisarts.

Helaas is dit echter nooit ten uitvoer gebracht.

De financiering hoort consistent te zijn met de prestaties en de geleverde zorg die de patiënt nodig heeft om zijn gezondheid of welzijn te verbeteren. Denkbare concepten zijn de financiering volgens een deel van de ligdagtoezichtgelden, een toewijzing vanuit het zgn. budget financiële middelen (BMF) en percentages van de honorariapool, maar deze sluiten

helaas niet aan bij de huidige ideeën van een pathologiegerichte financiering zoals de „laagvariabele zorg”. Door hun comorbiditeit behoren deze patiënten immers tot de pathologiegroepen met een grote mate van onvoorspelbaarheid. Het gaat dus om zorg op maat van de patiënt, hetgeen behoort tot de „hoogvariabele zorg”. De financiering moet bijgevolg gebaseerd zijn op de werkelijke verleende (verantwoorde) zorg (28).

De sectie Consultatie-liaisonpsychiatrie binnen de schoot van de VVP en het PAAZ-overleg bleef bijzonder actief. Een mooi voorbeeld hiervan is het werkdocument „Een geïntegreerd model voor de liaisonpsychiatrie” van Jozef De Bie, toenmalig voorzitter van de sectie, en Bruno Remans (29). Dit document pleit voor een op organisatieniveau geïntegreerd en transparant liaisonpsychiatrisch model met de focus op multidisciplinariteit, subsidiariteit en met een dubbele focus op de patiënt én de hulpverlener.

Multidisciplinariteit

De multidisciplinaire traditie in de psychiatrie vraagt om ook te worden uitgebouwd in de medische zorg. Medische afdelingen moeten minimaal kunnen terugvallen op gezondheidswerkers met medische (artsen, verpleegkundigen), psychologische en maatschappelijke expertise. Hieraan kunnen andere expertises worden toegevoegd naargelang van de verschillende doelgroepen per locatie (bv. ergotherapeuten, bewegingstherapeuten, relaxatietherapeuten,...). Een duidelijke organisatiestructuur is aangewezen om de noodzakelijke verhouding van evenwaardigheid en complementariteit tussen de disciplines duurzaam te realiseren.

Subsidiariteit

De liaisonpsychiatrie als hoger organisatieprincipe in het ziekenhuis zal vooral zorgen voor een toegevoegde expertise, maar mag de bestaande vaardigheden, kennis en ervaring van personen (bv. de omgang met familieleden of het voeren van slechtnieuwsgesprekken) niet vervangen. De liaisonpsychiatrie kan eventueel worden ingebed in de bestaande zorgverleningsstructuren (zoals de diensten patiëntenbegeleiding en pastorale zorg).

De aanwezigheid van de CLP en de samenwerking tussen de CLP en een psychiatrische opnameafdeling vergemakkelijken de behandeling en kunnen deze optimaal afstemmen op de mate van somatische zorg

die de patiënt met somatische en psychiatrische comorbiditeit nodig heeft.

Dubbele focus

De liaisonpsychiatrie richt zich zowel op de patiënt zelf als op de somatische behandelteams, al dan niet tegelijkertijd (25). Geen enkele patiënt zal liaisonpsychiatrisch worden behandeld zonder overleg met de hoofdbehandelaar of het behandelteam. Op het vlak van patiëntgerichtheid vraagt de liaisonpsychiatrie een aangepaste opleiding en voldoende ervaring op basis van frequente patiëntencontacten. Zowel de diagnostiek als de behandeling van psychiatrische morbiditeit bij somatische patiënten kunnen immers vaak verschillen van de „klassieke” psychiatrische patiënt.

Een officiële erkenning van het bijbrengen van liaisonpsychiatrische knowhow in de medische, psychologische en maatschappelijke opleidingen is nodig. Deze dubbele focus vereist een intensieve en ondubbelzinnige aanwezigheid van de leden van het liaisonpsychiatrische team in het algemeen ziekenhuis.

Integratie in de organisatie

Naast een zo groot mogelijke inhoudelijke en organisatorische integratie van alle activiteiten van het psychiatrische aanbod (liaison, opname, raadpleging, urgentie) in het algemeen ziekenhuis, moet de CLP steeds een formele schakel zijn in de zorgprogramma's en de zorgcircuits die in samenwerking met de andere gezondheidszorgvoorzieningen regionaal worden opgezet. Deze positie zorgt ervoor dat de liaisonpsychiatrie een rol krijgt in de noodzakelijke convergentie en integratie van de somatische gezondheidszorg (huisarts, specialist, thuiszorg, ...) en de geestelijke gezondheidszorg (CGG, PZ, beschut wonen, mobiele teams, vrij gevestigde psychiaters/therapeuten, welzijnszorg enz...).

Transparantie

De patiënten en hun familieleden, de verwijzers (huisartsen, specialisten,...) en het voltallige ziekenhuispersoneel moeten goed op de hoogte zijn van het bestaan van het liaisonpsychiatrisch team, net zoals van de betrokken personen en disciplines en van de methodologieën die worden toegepast (30). Dit vergt een nauwgezette profilering en zichtbaarheid in de organisatie (fig. 1). Bovendien

blijkt dat de beschikbaarheid van een liaisonpsychiatrische dienst alleen niet noodzakelijk resulteert in meer verwijzingen en een betere zorg voor de somatische patiënten met psychiatrische problemen (25).

Naar een operationeel model met aanbevelingen

Fig. 1 geeft een voorbeeld weer van hoe de CLP zich in het Vlaamse ziekenhuislandschap zou kunnen profileren en afficheren en vat op schematische wijze samen wat hierboven werd besproken.

Men onderstreept al jaren het belang van goed uitgebouwde liaisonpsychiatrische diensten in de algemene ziekenhuizen (30-32). Internationaal worden modellen van „collaborative care” ontwikkeld om te kunnen aantonen dat consultatie en liaison voldoen aan de doelstellingen van „triple aim” (33). Het „Institute for healthcare improvement” omschrijft „triple aim” als een betere gezondheid dankzij een betere zorg en aan een lagere kostprijs (34).

„Collaborative care” is een containerbegrip in tal van modellen die deze doelstelling nastreven via het organiseren van een geïntegreerde zorg. Dit wil zeggen dat de professionele psychische hulpverlening geïntegreerd wordt in de medische zorgverlening op de eerste lijn, dat er een nauwe samenwerking is tussen de geestelijke en medische gezondheidszorg op het niveau van zowel de artsen als de verpleegkundigen en dat de focus van de behandeling ligt op de gehele persoon en zijn psychosociale context (34).

Centraal staat dus een betere gezondheid door een betere en kostenefficiënte zorg. Het CLP-team verwezenlijkt dit door aan de bestaande zorg deskundigheid toe te voegen. Korte opvang, overleg en triage bevorderen een snelle interventie en een gepaste, bij voorkeur niet-residentiële doorverwijzing. Men beperkt op die manier het verblijf en spreekt de eigen hulpbronnen van de patiënt aan om het patiënten-zorgsysteem te versterken, hetgeen de uiteindelijke doelstelling is.

Fig. 2 stelt een praktische werkwijze voor om tot een snelle detectie te komen van een mogelijke hulpvraag voor het CLP-team en kan op alle somatische afdelingen worden verspreid. Het is geschikt voor zowel patiënten als alle personeelsleden. De doelstelling is om te komen tot een vraaggestuurde zorg door patiëntgericht te werken ten dienste van het behandelteam van de afdeling waar de patiënt

is opgenomen. De educatie van de patiënt, diens naaste omgeving en het behandelteam zorgt ervoor dat het patiënten-zorgsysteem wordt versterkt. Daarnaast wijst de figuur op de bereikbaarheid van deze specifieke hulpverlening en maakt duidelijk dat er kort en snel wordt gewerkt, met focus op een gepaste verwijzing. De meeste verwijzingen zijn ambulante en slechts zelden residentiële. De verhouding tussen de verwijzingen voor een ambulante traject en de verwijzingen voor een residentiële traject zou een goede kwaliteitsindicator kunnen zijn voor de CLP-werking.

Het CLP-team is bij uitstek gericht op de samenwerking en het efficiënt inzetten van middelen: „shared savings” voor de samenwerking binnen en tussen de netwerken en „bundled payments” voor de extramurale samenwerking, zoals werd verwoord in de nota van de commissie Volksgezondheid (28).

De sectie Consultatie-liaisonpsychiatrie van de VVP berekende dat er per 200 ziekenhuisbedden nood is aan minstens een liaisonpsychiatrisch team dat bestaat uit met een voltijds psychiater, een voltijds psycholoog en een voltijds sociale functie (29). Op zich is het niet noodzakelijk om een team op te richten, maar kan de CLP-functie ook worden ingevuld door geschikte disciplines en deskundigen binnen verschillende vormen van „collaborative care” (34).

Hoewel deze taak organisatorisch vaak zal worden opgenomen door een psychiater verbonden aan een PAAZ-afdeling, polikliniek of naburig psychiatrisch ziekenhuis, wordt impliciet gepleit voor de implementatie van de CLP als een volwaardige, structurele en zelfbedruipende klinische activiteit en opdracht in de algemene ziekenhuizen. Daarom wordt het tijd om consultatie-liaisonpsychiatrische teams op te richten met psychiatrische, psychologische, sociaal-maatschappelijke, verpleegkundige en andere relevante paramedische expertise. De adviezen uit 1998 en 2002 moeten worden geactualiseerd en aangepast aan de huidige Vlaamse realiteit (27). Daarnaast moet op Vlaams niveau een uitgebouwde CLP-functie die goed ingebed is in de locoregionale klinische netwerken van ziekenhuizen, worden toegevoegd aan de lijst van aanwezige diensten van een erkend algemeen ziekenhuis.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.



Fig. 2: Praktische fiche met werkwijze voor de snelle detectie van een mogelijke hulpvraag voor het CLP-team.

Abstract

The consultation-liaison psychiatry in Belgian hospitals of the twenty-first century: quo vadis?

In a time in which medicine is increasingly specialising, with new sub- and superdisciplines being created, general and university hospitals increasingly crave multidisciplinary collaboration in order to guarantee quality of care, where the patient and a holistic approach take centre stage. Although technological solutions in clinical care are abundant, there also is the key issue of medical comorbidities. Consultation-liaison psychiatry (CLP) is one of the new medical disciplines that takes up the challenge by providing patients that present with both psychiatric and somatic comorbidity in general hospitals a psychiatric diagnosis, treatment and follow-up using a multidisciplinary and integrated approach. This article presents an overview of the services CLP can offer both in and outside the hospital, also in view of the historical and current care policies and regulations in Belgium, and formulates recommendations for future CLP care. The need for the implementation of CLP as a structural clinical activity and full assignment in general hospitals is emphasized.

Literatuur

1. KASTERIDIS P, STREET A, DOLMAN M, et al. Who would most benefit from improved integrated care? Implementing an analytical strategy in South Somerset. *Int J Integr Care* 2015; 15: e001.
2. HONIG A, SIERIN D, VERWEY B. Het rendement van de ziekenhuispsychiatrie : Heden en toekomst. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2016; 58: 733-738.
3. WAHLBECK K, WESTMAN J, NORDENTOFT M, GISSLER M, LAURSEN TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 453-458.
4. TAYLOR SJ, SOHANPAL R, BREMNER SA, et al. Self-management support for moderate-to-severe chronic obstructive pulmonary disease: a pilot randomised controlled trial. *Br J Gen Pract* 2012; 62: e687-e695.
5. BIRMINGHAM SL, COHEN A, HAGUE J, PARSONAGE M. The cost of somatisation among the working-age population in England for the year 2008-2009. *Ment Health Fam Med* 2010; 7: 71-84.
6. HUFFMAN JC, NIAZI SK, RUNDELL JR, et al. Essential articles on collaborative care models for the treatment of psychiatric disorders in medical settings: a publication by the academy of psychosomatic medicine research and evidence-based practice committee. *Psychosomatics* 2014; 55: 109-122.
7. JASMIN K, WALKER A, GUTHRIE E, et al. Integrated liaison psychiatry services in England: a qualitative study of the views of liaison practitioners and acute hospital staffs from four distinctly different kinds of liaison service. *BMC Health Serv Res* 2019; 19: 522.
8. VAN DEN EEDE F, LEENTJENS A. Ziekenhuispsychiatrie. In: Hengeveld MW, van Balkom AJLM, van Heeringen C, Sabbe BGC (reds). *Leerboek psychiatrie* (3 ed). Utrecht: De Tijdstroom 2016: blz. 583-590.
9. LIPOWSKI J. Consultation-liaison psychiatry 1990. *Psychother Psychosom* 1991; 55: 62-68.
10. VAN DAELE B, VAN HOUDENHOVE B. Psychosomatische afdeling en huidig gezondheidsbeleid. In: Van Houdenhove B. *Psychosomatiek: modellen, strategieën, perspectieven*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant uitgevers, 1997.
11. LEIGH H, STRELZER J. *Handbook of consultation-liaison psychiatry*. Springer, 2015: blz. 11-14.
12. HUYSE FJ, STRAIN JJ, HAMMER JS. Interventions in consultation/liaison psychiatry. Part I: Patterns of recommendations. *Gen Hosp Psychiatry* 1990; 12: 213-220.
13. WIECHERS IR, FREUDENREICH O. The role of consultation-liaison psychiatrists in improving health care of patients with schizophrenia. *Psychosomatics* 2013; 55: 175-192.
14. LEVENSON JL (Ed.). *Textbook of psychosomatic medicine and consultation liaison psychiatry* (3rd edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2019.
15. PHILBRICK, KL, RUNDELL JR, NETZEL PJ, LEVENSON JL. (Eds). *Clinical manual of psychosomatic medicine. A guide to consultation-liaison psychiatry* (2nd edition). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2012.
16. DE DONCKER J. Werken aan kwaliteit: de ontwikkeling van een zorgpad alcohol in een algemeen ziekenhuis. 10 juli 2018 (<https://www.vad.be/artikels/detail/werken-aan-kwaliteit-de-ontwikkeling-van-een-zorgpad-alcohol-in-een-algemeen-ziekenhuis>).
17. Ministerieel besluit tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de volwassenpsychiatrie en van geneesheren-specialisten in de psychiatrie, meer bepaald in de kinderen jeugdpsychiatrie. *Belgisch Staatsblad*, 3 januari 2002 (http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm).
18. Ministerieel besluit tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeeesters en stagediensten. *Belgisch Staatsblad*, 23 april 2014 (http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_n.htm).
19. RYMASZEWSKA J, SÖLLNER W. European association of consultation-liaison psychiatry and psychosomatics workgroup on training in consultation-liaison. *J Psychosom Res* 2012; 72: 460-462.
20. LEENTJENS AF, RUNDELL JR, DIEFENBACHER A, KATHOL R, GUTHRIE E. Psychosomatic medicine and consultation-liaison psychiatry: scope of practice, processes, and competencies for psychiatrists working in the field of CL psychiatry or psychosomatics. A consensus statement of the European association of consultation-liaison psychiatry and psychosomatics (EACLPP) and [corrected] the academy of psychosomatic medicine (APM). *Psychosomatics* 2011; 52: 19-25.
21. SOCKALINGAM S, ALZAHIRANI A, MEANEY C, et al. Time to consultation-liaison psychiatry service referral as a predictor of length of stay. *Psychosomatics* 2016; 57: 264-272.
22. FAVA GA, COSCI F, SONINO N. Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom* 2017; 86: 13-30.

23. WOOD R, WAND APF. The effectiveness of consultation-liaison psychiatry in the general hospital setting. *J Psychosom Res* 2014; *76*: 175-192.
24. OLDHAM MA, CHAHAL K, LEE HB. A systematic review of proactive psychiatric consultation on hospital length of stay. *Gen Hosp Psychiatry* 2019; *60*: 120-126.
25. LAVAKUMAR M, GASTELUM ED, CHOO TH, et al. Consultee satisfaction with inpatient academic psychiatric consultation services: a multicenter study. *Psychosomatics* 2015; *56*: 262-267.
26. GUTHRIE E, HARRISON M, BROWN R, et al. The development of an outcome measure for liaison mental health services. *BJPsych Bull* 2018; *42*: 109-114.
27. PEERS J. Aanvullend advies m.b.t. liaisonpsychiatrie in het algemeen ziekenhuis. Nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen 2002; 206-1.
28. DE BLOCK M. Plan van aanpak hervorming ziekenhuisfinanciering. Ministerie van sociale zaken en volksgezondheid, commissie volksgezondheid, 28 april 2015.
29. DE BIE J, REMANS B. Een geïntegreerd model voor de liaisonpsychiatrie. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2002; *58*: 1486-1492.
30. BROWN A, COOPER AF. The impact of a liaison psychiatry service on patterns of referral in a general hospital. *Br J Psychiatry* 1987; *150*: 83-87.
31. CHANDARANA PC, CONLON P, STEINBERG N. The evaluation of a consultation-liaison service. *Gen Hosp Psychiatry* 1988; *10*: 378-381.
32. HOUSE A, FARTHING M, PEVELER M. Psychological care of medical patients editorial. *BMJ* 1995; *310*: 1422-1423.
33. BERWICK DM, NOLAN TW, WHITTINGTON J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Affairs* 2008; *27*: 759-769.
34. VANDERLIP ER, RUNDELL J, AVERY M, et al. Dissemination of integrated care within adult primary care settings: the collaborative care model. Washington DC: American Psychiatric Association and Academy of Psychosomatic Medicine, 2016.